



Expte. 553/18 L/B

(
Asunto: Notifi. Orden.

Destinatario:
IGNACIO MARTINEZ GARCÍA

CON FECHA 28/10/21, EL ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD HA DICTADO, POR DELEGACIÓN DEL EXCMO. SR. CONSEJERO DE SALUD (Orden de Delegación de 04-11-15, BORM nº 266 de 17-11-15), ORDEN A TENOR LITERAL SIGUIENTE:

“Visto la reclamación patrimonial, formulada contra el Servicio Murciano de Salud, el día 3 de septiembre de 2018, por _____ con DNI _____ D^a _____ con DNI _____ y _____ con DNI _____, con motivo del fallecimiento de _____

Visto que, de las manifestaciones del reclamante, de los informes, y de los demás documentos obrantes en el expediente, se desprenden los siguientes,

HECHOS

PRIMERO.- El 3 de septiembre de 2018, el letrado representante de las reclamantes presenta escrito de reclamación en el que solicita una indemnización de 300.000 euros por el fallecimiento de _____, al entender que la misma falleció por un shock séptico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Universitario Morales Meseguer (en adelante HMM), tras ser operada de colecistectomía y sufrir una colecistitis aguda que fue tratada con innecesario retraso dados los síntomas previos. La reclamación expone los siguientes hechos:

02/11/2021 17:12:58
CHICANO SAIIRA, CONSUELO
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y los fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificadocumentos> e introduciendo del código seguro de verificación (CSV) CARM-3rc46862-388-8918-cabi-0050569634e7





- El 24 de septiembre de 2017, la paciente, de 82 años, ingresa en el HMM por un episodio de dolor de inicio brusco en epigastrio, continuo, que posteriormente irradia a hipocondrio derecho y espalda. Se acompaña de náuseas y vómitos. No fiebre, ictericia ni coluria. No síndrome constitucional. No cierre intestinal. No existe historia previa de dolor de características similares. La paciente tenía antecedentes de coleditiasis asintomática.
- El 25 de septiembre de 2017, la paciente presenta diarrea líquida amarillenta y es diagnosticada de coleditiasis más barro biliar, por lo que se programó la realización de una colecistectomía y, como la paciente había evolucionado favorablemente, el 29 de septiembre de 2017 fue dada de alta hospitalaria.
- El 26 de octubre de 2017, la Sra. ingresó en el HMM para realización de la colecistectomía, previa firma del consentimiento informado. Fue operada a las 15:40 horas mediante colecistectomía laparoscópica abierta que hubo de convertirse en laparotomía subcostal derecha por presencia de adherencias en el abdomen. A las 17:00 h, terminada la intervención, fue trasladada a reanimación donde permaneció hasta las 00:30 h. del día 27/10/2017.
- En reanimación se le hicieron dos analíticas (a las 20:54 y a las 22:54) que evidenciaron un aumento de leucocitos (de 6500 a 8500) y un descenso de los neutrófilos (de 1000 a 800).
- A las 8:45 h, del día 27 de octubre, la tensión arterial diastólica (TAD) era de 38 mmHg y la sistólica (TAS) de 88 mmHg. A las 9:45 h. se administra Zofran por presentar náuseas. A las 13:08 h. la TAD era de 35 y la TAS 93. A las 14:16 h se anota por enfermería que se canalizó nueva vía intravenosa por extravasación, se administró antiemético, se colocó sonda urinaria y se pidió analítica urgente (a las 13:51 h.), aunque su resultado no fue informado hasta las 14:44 h. En la analítica los leucocitos eran 32100 y los neutrófilos 22000, lo que suponía una leucocitosis que indicaba una posible sepsis, teniendo en cuenta la hipotensión arterial, pese al estado febril de la

02/11/2021 17:12:58

CHICANO SUARA, CONSUELO

Esto es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.o de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0c66667-3b18-8918-cab4-0050569534e7





paciente. Las densidades de urea (56) y creatinina (1,29 mg) superaban los valores normales. A las 14:24 h. la paciente había tenido vómitos y angustia.

- Pese a todo lo expuesto, hasta las 16:00 h no acudió un cirujano a valorar a la paciente, asociando la hipotensión que presentaba a que la vía periférica no había funcionado correctamente, por lo que solicitó una gasometría venosa, bioquímica con amilasa y nuevo hemograma, además de una ECO abdominal urgente.
- A las 17:45 h. la TAD era de 41 mmHg y la TAS de 100 mmHg, y a las 18:16 h. la TAD 43 mmHg y TAS 105 mmHg. La ecografía urgente fue informada a las 18:57 horas, concluyéndose de ella una dilatación de vía biliar intra y extrahepática sin causa obstructiva evidente, y sin información aún de la analítica.
- A las 20:15 h, ante los primeros resultados de la analítica, la paciente es trasladada a UCI. El resultado de la analítica fue finalmente expedido a las 20:30 h, y en ella se registró una tendencia creciente de creatinina de 1,67 mg, un aumento significativo de la amilasa total, de 1239 unidades frente al máximo de 118, una disminución del pH, de 7,083, que precisaba atención urgente, una disminución del bicarbonato de 10,5 unidades frente al mínimo normal de 26, y una evidente tendencia creciente de los últimos resultados en leucocitos y neutrófilos de 41800 y 32800 respectivamente, todo lo cual suponía una gasometría con acidosis metabólica severa.
- En UCI, a los pocos minutos de su llegada, la paciente sufre una parada cardiorrespiratoria, presentando en todo momento asistolia, de la que se recupera a los 18 minutos, con taquicárdica sinusal a 120 lpm. Unas horas más tarde presenta una nueva parada, siendo exitus a las 00:00 del día 28 de octubre de 2017, con diagnóstico principal de shock séptico y fracaso multiorgánico de causa no aclarada. El reclamante señala que el origen del shock séptico y fracaso multiorgánico se sostiene por la presencia de valores elevados de procalcitonina (8,16 ng/ml) y 43800 leucocitos. Tras el fallecimiento, el estudio histológico de la vesícula reveló una colecistitis aguda.

02/11/2021 17:12:58

CHICANO SUURA, CONSUELO

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.o de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0c4d6667-3b18-8918-cab4-0050569634e7





Considera el reclamante que, dada la leucocitosis que presentaba la paciente, transcurrido un día desde la intervención, se debió iniciar tratamiento con antibióticos, pero no se hizo. Este déficit en el tratamiento habría conllevado la evolución incontrolada de la infección.

El reclamante solicita, a efectos probatorios, que se incorporen al expediente: la historia clínica de la paciente en el HMM, informes de los médicos actuantes e informe de Inspección Médica, así como la siguiente documentación que aporta:

- Poder notarial de representación
- Libro de familia de
- Informe de alta en el HMM, de 29 de septiembre de 2017
- Anotaciones del Servicio de Digestivo y de Cirugía General en la Historia Clínica
- Documento de Consentimiento Informado para la extracción de la vesícula biliar
- Protocolo quirúrgico de la intervención realizada el 26 de octubre de 2017
- Anotaciones de enfermería en la historia clínica
- Analíticas realizadas a la paciente
- Informe de Ecografía Abdominal realizada el 27 de octubre de 2017
- Anotaciones de UCI
- Informe anatomopatológico de 30 de octubre de 2017.
- Código sepsis del Servicio Navarro de Salud

SEGUNDO. Mediante resolución de 26 de septiembre de 2018, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud admitió a trámite la reclamación patrimonial presentada, procediendo a notificar dicha admisión al reclamante.

TERCERO. Con fecha 27 de septiembre de 2018, se solicitó a la Gerencia de Área de Salud VI (HMM) la historia clínica de _____ y los informes de los facultativos que le asistieron, remitiéndose copia de la reclamación a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud.





CUARTO. Desde la Gerencia de Área VI se remite la historia clínica de la paciente, el 29 enero de 2019, tanto en atención primaria como en especializada, así como informe, de 23 de enero de 2019, realizado por el Dr. _____, facultativo del Servicio de Cirugía del HGUMM, que manifiesta (folios 16-17 del expediente):

"En relación al cuadro clínico que motivó la intervención quirúrgica programada la paciente tenía antecedente de coleditiasis sintomática ya que le provocó un episodio de pancreatitis agudo que motivó el ingreso hospitalario previo en el Servicio de Medicina Interna. Este diagnóstico fue el que motivó la consulta al Servicio de Cirugía, la valoración anestésica y la propuesta de una cirugía programada que la paciente aceptó.

Durante la mañana del primer día postoperatorio la paciente presentó náuseas e hipotensión por lo que fue atendida y evaluada por las enfermeras y los facultativos de la planta que administraron un antiemético y sueroterapia además de solicitar una analítica urgente. La paciente fue valorada de nuevo a las 16 h., ya por el cirujano de guardia. En este momento refería dolor abdominal. La exploración revelaba un abdomen blando sin signos de irritación peritoneal aunque se solicitó una nueva analítica y una ecografía abdominal para descartar una complicación de la cirugía. A las 19.15 h se evalúa de nuevo a la paciente junto con el resultado de la ecografía sin que se evidencie ningún hallazgo patológico que justificara los síntomas de la paciente.

Ante el cuadro de leucocitosis elevada e hipotensión se solicitó una nueva analítica urgente que fue vista a las 20.30 h. La paciente tenía mal estado general y mantenía hipotensión a pesar de haberse administrado sueroterapia. En la analítica se vio leucocitosis en aumento y acidosis metabólica severa (pH 7.083) por lo que se consultó con los facultativos de Cuidados Intensivos quienes decidieron el traslado a su Unidad. Una vez allí y a pesar de la aplicación de todas las medidas de reanimación la paciente falleció.

El origen cierto del shock que sufrió la paciente no lo conocemos. Hipotensión y leucocitosis orientan hacia un shock de origen séptico, aunque el shock de origen hemorrágico o cardiogénico también pueden producirlos.

La hipotensión en pacientes en el periodo postoperatorio inmediato debe hacer pensar al cirujano en primer lugar en una complicación relacionada con la cirugía: shock de origen hemorrágico o séptico por lo que, en este caso se solicitó una ecografía urgente. Sin embargo, los hallazgos ecográficos fueron poco reveladores y, no se encontró nada que justificara la situación de la paciente.





A la vista del resultado de la autopsia, en la cavidad peritoneal no se encuentran signos relacionados con una complicación de la intervención quirúrgica de forma directa (perforación de víscera, peritonitis, hemoperitoneo, etc.) o indirecta (pancreatitis, isquemia mesentérica, etc.).

*En la sangre se han tomado muestras microbiológicas para descartar origen séptico del shock que sufrió la paciente. Los gérmenes encontrados (*Clostridium perfringens* y *Staphylococcus epidermis*) están presentes en la flora gastrointestinal, pudiendo ser compatible, según el informe forense, con una posible complicación de la cirugía. Sin embargo, también según el informe, "dada la ausencia de muestras de líquido peritoneal, que permitieran una valoración más exacta, no es posible descartar que la presencia de los microorganismos aislados en esta muestra se deba a una diseminación pasiva postmortem". No obstante, y dado que la paciente recibió tratamiento antibiótico de amplio espectro a su llegada a UCI, el cultivo de gérmenes en sangre puede tener escasa sensibilidad para el diagnóstico de septicemia.*

La realización de una colecistectomía, intervención practicada a la paciente, tanto por vía laparoscópica como por vía abierta no provoca el paso de gérmenes presentes en la bilis a la sangre ni, por tanto, una sepsis. Este hecho sólo se observa en pacientes inmunodeprimidos o en aquellas intervenciones que se complican con salida de bilis o de contenido intestinal a la cavidad peritoneal, hecho que no se produjo durante la intervención ni como complicación de la misma.

Así, ante la ausencia de bilis o contenido intestinal en la cavidad peritoneal en la autopsia practicada pensamos que el hallazgo de estos gérmenes en el cultivo sanguíneo hace improbable el diagnóstico de shock de origen séptico.

Se ha encontrado "ateromatosis calcificada en la arteria coronaria derecha con stent de 15 mm que presenta reestenosis severa con trombosis antigua, estenosis severa pre-stent y estenosis severa oclusiva (100%) post-stent". Este hallazgo es compatible con la causa más probable de muerte, según el informe forense, de shock de origen cardiogénico.

La causa real del fallecimiento de la paciente no la conocemos, a pesar del informe de la autopsia. Puede haber sido un shock de origen cardiogénico, séptico o una combinación de ambos en una paciente muy frágil y con múltiples antecedentes patológicos.

El fallecimiento de la paciente ha sido un final inesperado tanto para los familiares como para los facultativos que atendieron a la paciente. Sin embargo, las actuaciones del personal sanitario durante el postoperatorio han sido adecuadas y correctas atendiendo a la situación clínica y el resultado de las pruebas practicadas, aunque desgraciadamente no han sido suficientes para lograr el objetivo deseado."





QUINTO. El 29 de enero de 2019 se informa al reclamante sobre la prueba admitida por la instrucción. Ese mismo día se remite el expediente a Inspección Médica y, al día siguiente, a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud.

SEXTO. Se recibe informe pericial elaborado por el Dr. especialista en Medicina Intensiva, para Promede, a petición de la aseguradora del Servicio Murciano de Salud, el 15 de mayo de 2019, que concluye (folios 23-37).

“Con la información que me ha sido aportada (Por ej. No he tenido acceso a la totalidad de los documentos que reflejan las actuaciones llevadas a cabo en UCI). La opinión de este perito es que todos los acontecimientos que condicionaron el fallecimiento de la paciente son compatibles con un shock séptico de origen posiblemente abdominal.

Este cuadro séptico se comportó inicialmente de forma larvada sin datos abdominales ni sistémicos floridos, pero con hipotensión progresiva no justificada que se hizo evidente desde las primeras horas de la mañana del día 27/10/2017.- dato este que por sí solo debería haber elevado el nivel de sospecha ante una posible complicación séptica-.

Esa mañana se solicitó analítica Urgente cuyo resultado a las 14:44 hrs (importante retraso para una analítica urgente) mostraba datos cruciales: Marcada elevación injustificada de las cifras de Leucocitos + deterioro de la función renal + ligera coagulopatía.

A esa hora, con esos datos y la persistencia de la hipotensión, ya puede establecerse el diagnóstico de un Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) una de cuyas causas más conocida en la infección.

Es cierto que el cirujano solicitó una nueva analítica y pidió una ecografía abdominal para descartar una complicación intraabdominal relacionada con la cirugía, pero no se entiende como en este contexto no solicita la analítica como urgente, sino que la pide para las 19 hrs. (más de 5 horas desde el resultado de la analítica inicial), no establece cobertura antibiótica empírica y no avisa a la UCI.

Es este tiempo el que verdaderamente retrasa el inicio de un adecuado tratamiento y por tanto permitió la evolución del shock séptico con las consecuencias ya conocidas. La rapidez en la





aplicación del tratamiento es fundamental: 4 horas después del shock séptico, las probabilidades de supervivencia son inferiores al 50%.

Esta conclusión es firme a la luz de los documentos aportados.

La anterior conclusión es independiente de que efectivamente los Drs. Del Servicio de cirugía pusieran medios para intentar descartar una complicación mecánica de la cirugía (por ejemplo: perforación de viscera hueca o sangrado) tal y como parece confirmar el estudio anatómico forense post mortem lo cual puede orientar la causa del shock séptico a una bacteriemia primaria pero tales medios fueron inadecuados por Insuficientes (particularmente en la no ejecución rápida de analíticas de comprobación y seguimiento).

*Es igualmente difícil establecer los gérmenes aislado (*Clostridium Perfringens* y *Stapylococo: Epidermis*) como la causa del shock séptico, pero hay que reseñar que son gérmenes intestinales y que en algún momento podrían haber pasado a la sangre (bacterimia) habiéndose descrito casos de sepsis fulminante por *Clostridium* particularmente en ancianos, con trastornos de la inmunidad y que han sido sometidos a cirugía del árbol biliar, como era el caso).*

Destacar igualmente que a pesar de la incorporación de nuevos tratamientos, la mortalidad de un shock séptico permanece alta, alcanzando cifras tan altas como un 50% con independencia de que los trámites se administren adecuadamente en tiempo y forma."

SÉPTIMO. El 4 de noviembre de 2020, se remite el informe del Dr. a Inspección Médica, procediéndose, asimismo, a remitirlo al Área VI, pidiendo la documentación a la que hace mención dicho informe (documentos de UCI, análisis forense, cultivos y hemocultivos).

OCTAVO. El 2 de febrero de 2021 se remite por la Gerencia de Área VI la copia del informe de autopsia realizada al paciente con motivo de las Diligencias Previas 2704/2017, que se iniciaron en el juzgado de Instrucción nº 3 de Murcia, así como la copia de las analíticas realizada a la paciente durante su asistencia en el HMM y copia de la asistencia prestada en la UCI. Esta nueva documentación es remitida a Inspección Médica y a la correduría de seguros, el 8 de febrero de 2021.





NOVENO. El 19 de febrero de 2021 se recibe un nuevo informe pericial del Dr. (folios 72-86), que finaliza con idénticas conclusiones a su anterior informe.

DÉCIMO. El 14 de abril de 2021 la Inspección Médica emite informe en el que concluye (folios 87-94):

1. "D" *fue intervenida quirúrgicamente el 26/10/2017 por colecistitis, realizándose colecistectomía programada.*
2. *Tras su estancia en Reanimación pasó a planta de Cirugía de Digestivo. Desde las 8h45mn de la mañana del día 27 la paciente presentaba hipotensión. A las 14h44mn se recibieron los resultados del primer análisis realizado que mostró parámetros alterados en el hemograma, función renal y coagulación.*
3. *La paciente fue valorada por el cirujano a las 16h sospechando una posible complicación postquirúrgica por lo que solicitó una ecografía abdominal urgente. Los parámetros del análisis con leucocitosis, urea y creatinina elevadas y el valor de INR orientaban a un cuadro infeccioso y se debió iniciar inmediatamente tratamiento con antibiótico empírico y de amplio espectro así como realizar las pruebas complementarias pertinentes. Esta actuación supuso un retraso en el diagnóstico del cuadro séptico.*
4. *A las 19h15mn el cirujano valoró la ecografía que no mostraba datos indicativos de complicación postquirúrgica, no obstante decidió esperar el resultado de una segunda analítica.*
5. *A las 20h00 la paciente empeoró y se avisó desde enfermería al facultativo, también fue informado desde laboratorio el hallazgo de una acidosis metabólica severa en los resultados.*
6. *La paciente ingresó en UCI recibiendo el tratamiento adecuado a su situación clínica, sin embargo sufrió 2 paradas cardiorrespiratorias que no fue posible remontar siendo éxitus a las 00h00 del día 28 de septiembre de 2017.*
7. *El retraso en el diagnóstico del cuadro séptico y en la instauración del tratamiento pertinente fueron la causa de la evolución del shock séptico que llevó al fallecimiento de*





UNDÉCIMO. Mediante oficio de 21 de abril de 2021 se comunica al reclamante el trámite de audiencia, quien responde al requerimiento el 20 de mayo de 2021 solicitando se tenga por realizado el mencionado trámite.

DUODÉCIMO. El 26 de mayo de 2021 se realiza Propuesta de Resolución estimando parcialmente la reclamación, al entenderse acreditada la concurrencia de los requisitos necesarios para la existencia de responsabilidad patrimonial del Servicio Murciano de Salud, considerando que existe relación causal entre el daño que se reclama y la asistencia que le fue prestada a la paciente.

En dicha Propuesta se valora el daño a indemnizar en la cuantía de 61.353,00 euros (20.451,00 euros para cada una de las reclamantes), cantidad que debe actualizarse conforme al artículo 34.3 de la Ley 40/2015.

DÉCIMO TERCERO. El 4 de junio de 2021 se solicita Dictamen al Consejo Jurídico de la Región de Murcia, conforme al Art. 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo.

DÉCIMO CUARTO. Con posterioridad se recibe escrito del representante de las interesadas, presentado el 26 de mayo de 2021, en el que realiza una valoración del daño que asciende a 76.390,50 euros (25.463,50 euros para cada una de las reclamantes). Esta documentación es remitida al Consejo Jurídico el 29 de junio de 2021, acompañada de informe de la Instrucción en el que se mantiene la valoración realizada en la Propuesta, al no haberse acreditado documentalmente por las reclamantes el perjuicio excepcional al que hacen referencia en su valoración.

DÉCIMO QUINTO. El 22 de octubre de 2021 se recibe el Dictamen del Consejo Jurídico nº 230/2021, que informa favorablemente la Propuesta de Resolución.





FUNDAMENTOS JURÍDICOS

En cuanto a la petición de responsabilidad patrimonial basada en los Art. 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público hemos de poner de manifiesto lo siguiente:

CONSIDERANDO: Lo previsto en el Art. 92 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, según el cual el órgano competente para resolver el presente procedimiento es la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

CONSIDERANDO: El Servicio Murciano de Salud, a tenor la Ley 4/94, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, y del artículo 12 del Decreto número 148/2002, de 27 de diciembre, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud es la Entidad competente para la iniciación, tramitación y propuesta de resolución de los expedientes de responsabilidad patrimonial.

CONSIDERANDO: Que el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, establece que, los interesados sólo podrán solicitar el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

02/11/2021 17:12:58

CHICANO SALIBA, CONSUELO

Esto es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.o de la Ley 39/2015. Los firmantes y los fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0c16862-3d18-8918-cabd-0050509134e7





En el caso que nos ocupa, la reclamación se presentó el día 3 de septiembre de 2018, y dado que el fallecimiento de _____ se produjo el 28 de octubre de 2017, puede deducirse que aquella fue presentada dentro de plazo.

CONSIDERANDO: Que la responsabilidad administrativa se configura en nuestro derecho como una responsabilidad de carácter objetivo, por cuanto no se exige la concurrencia de elemento alguno de culpa o negligencia, bastando la simple relación de causalidad entre el actuar administrativo y el resultado lesivo, para que surja el deber de indemnizar a cargo de la Administración Pública.

Esta fundamental característica impone que no sólo no es menester demostrar para exigir aquella responsabilidad que los titulares o gestores de la actividad administrativa que ha generado un daño, han actuado con dolo o culpa, sino que ni siquiera es necesario probar que el servicio público se ha desarrollado de manera anómala, pues los preceptos constitucionales y legales que componen el régimen jurídico aplicable, extienden la obligación de indemnizar a los casos de funcionamiento normal de los servicios públicos, sin embargo el hecho de que la responsabilidad patrimonial sea objetiva, no implica deducir la existencia de un deber general de las Administraciones Públicas de indemnizar cualquier daño que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de sus servicios.

CONSIDERANDO: Que la obligación del personal sanitario no es una obligación de resultados, sino de medios, es decir, no se obliga a curar al enfermo sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica (y sanitaria), poniendo en su actuación toda la atención que deriva de su específica preparación científica y práctica (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1995); a mayor abundamiento, contemplado el hecho lesivo y el nexo causal en el ámbito de la actuación médica, la jurisprudencia entiende que esta debe estar regida por la *lex artis*, según requiere el actual estado de la ciencia, teniendo una obligación de medios para procurar un tratamiento adecuado a los enfermos, pero no vinculada a una obligación de resultados.





En este sentido, sentencias del T.S como la de 11 de mayo de 1999: *“los servicios médicos del hospital están llamados, como reiteradamente mantiene la Sala 1ª de este Tribunal (por todas sentencias de 9 de diciembre de 1998) no a obtener un resultado (la salud del paciente) sino a prestar el servicio más adecuado en orden a la obtención del resultado”*.

CONSIDERANDO. Que el criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial sanitaria es el de la *lex artis*, que supone un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Así, la Audiencia Provincial de Murcia, en sentencias como la de 26/10/1997, establece que “la Jurisprudencia del TS, tiene declarado, en sentencias, entre otras, de 13/07/1987 y 12/07/1988, al tratar de supuestos referidos a reclamaciones por tratamiento médico-sanitario, que *“en la conducta de los profesionales sanitarios queda, en general, descartada toda clase de responsabilidad más o menos objetiva, sin que opere la inversión de la carga de la prueba admitida por esta Sala para los daños de otro origen, estando, por tanto, a cargo del paciente la prueba de la relación de causalidad y de la culpa, ya que a la relación causal material o física, ha de sumarse el reproche culpabilístico....la obligación contractual o extracontractual del médico y, en general, del profesional sanitario, es la de proporcionarle los cuidados que requiera según el estado de la ciencia, estando, por tanto, a cargo del paciente la prueba de la culpa o negligencia correspondiente, en el sentido de dejar plenamente acreditado que el acto médico o quirúrgico fue realizado con infracción de las técnicas médicas o científicas exigibles para el mismo (lex artis ad hoc)”*.

CONSIDERANDO: Que la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional ha declarado que cuando la actuación del servicio sanitario se ha ajustado a las exigencias de la *lex artis* no puede calificarse el daño de antijurídico.





Así entre otras la Sala de lo Contencioso-administrativo (Sección 4ª) de la Audiencia Nacional, en su Sentencia de fecha 3 de mayo de 2001 (recurso 235/2000), señala que:

“Por lo tanto, el criterio de la Lex Artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida (lex artis). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha Lex Artis”.

CONSIDERANDO: Que, establecida así la doctrina general aplicable en esta materia, la existencia de responsabilidad patrimonial exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

- a) La existencia de un daño evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.
- b) Que esa lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa-efecto.
- c) Que el daño sea considerado antijurídico
- d) Que el daño no sea consecuencia de un caso de fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

CONSIDERANDO. Que los daños sufridos por las reclamantes se concretan en un daño moral producido por el fallecimiento de su madre, que ellas valoran con una cuantía a tanto alzado de 300.000 euros.

CONSIDERANDO: Que según la jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sent. 19/01/1987) una de las exigencias de la responsabilidad patrimonial, es la relación de causalidad en cuanto que entre el daño y el funcionamiento de los servicios debe existir una relación de causa a efecto en el sentido de que aquella tenga su origen en éste; *“ha de haber*





una relación directa, inmediata y exclusiva de causa a efecto entre el acto normal o anormal de la Administración Pública y el daño que ese acto ha producido, sin que intervengan elementos extraños que pudieran influir en la alteración del nexo causal”.

Por tanto, en relación con la acreditación del nexo causal entre el daño reclamado y la asistencia prestada, hemos de examinar los informes médicos incorporados al expediente, ya que la cuestión a dilucidar es de un carácter eminentemente técnico.

En este caso, tanto el informe del Dr. _____ como el de Inspección Médica, consideran que, aunque la intervención estaba bien indicada y fue realizada correctamente, existió un déficit en la asistencia prestada a la paciente durante el postoperatorio, de forma que no se diagnosticó de forma temprana la sepsis que padecía, y, por consiguiente, el tratamiento antibiótico que necesitaba también se prescribió tardíamente, existiendo por tanto un nexo causal entre el fallecimiento de la paciente y la asistencia prestada por los facultativos del Servicio Murciano de Salud.

CONSIDERANDO. Que, una vez admitida la realidad del daño ocasionado y el nexo causal referido, hemos de acometer la valoración del mencionado daño, y, para ello, tomaremos como referencia el baremo establecido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, ya que no podemos tomar en consideración la cuantía solicitada por las reclamantes, que asciende a 300.000 euros, dado que no se ha procedido, por su parte, a justificar el motivo de tal solicitud.

Para la baremación deberemos, asimismo, tener en cuenta la Resolución de 3 de octubre de 2017, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, de actualización de las cuantías para ese año. Así, en concepto de perjuicio personal básico, según la tabla 1.A y sin que se haya acreditado por las reclamantes que concurre alguna de las circunstancias que se indican en la tabla 1.B de la mencionada resolución, correspondería a cada una de las hijas





de la paciente la cantidad de 20.050,00 euros. A esta cuantía habría de sumarse, como perjuicio patrimonial básico, 401,00 euros por cada perjudicado, conforme a la tabla I.C, ya que tampoco se ha acreditado por los reclamantes el abono de los gastos de funeral o la existencia de un lucro cesante conforme a las normas establecidas en la Ley 35/2015.

Por tanto, **la cuantía total a indemnizar a las reclamantes asciende a 61.353,00 euros (20.451,00 euros para cada una de las hijas de la paciente)**, cantidad que se actualizará de conformidad con el artículo 34.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Por todo lo expuesto, vista la propuesta de resolución y de acuerdo con el Consejo Jurídico en su Dictamen nº 230/2021, dicto la siguiente

ORDEN

1. Estimar parcialmente la reclamación patrimonial interpuesta por _____ y _____, el 3 de septiembre de 2018, con motivo del fallecimiento de su madre, _____, al haberse acreditado la concurrencia de los requisitos necesarios para la existencia de responsabilidad patrimonial del Servicio Murciano de Salud, considerando que existe relación causal entre el daño que se reclama y la asistencia que le fue prestada a _____ por los profesionales del Servicio Murciano de Salud.

2. Valorar el daño a indemnizar en la cuantía de 61.353,00 euros (20.451,00 euros para cada una de las reclamantes), cantidad que habrá de ser actualizada de conformidad con el artículo 34.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.





3. Notifíquese la presente Orden a los interesados en dicha reclamación, haciéndoles saber que, contra la misma, que agota la vía administrativa, se podrá interponer recurso Contencioso-Administrativo, ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia, en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente a la notificación de la presente Orden.”

Lo que le comunico para su conocimiento y efectos, advirtiéndole que contra la presente Orden que agota la vía administrativa, podrá interponer Recurso Contencioso-administrativo ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia, en el plazo de dos meses contados a partir del día siguiente en que reciba la presente notificación.

LA JEFA DEL SERVICIO JURÍDICO
Consuelo Chicano Saura
(Fecha y firma electrónica al margen)

02/11/2021 17:12:58

CHICANO SAURA, CONSUELO

Este es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y los fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-0c6f6862-3a08-89f8-89f8-0050569134e7

